

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1939

THÈSE

N°

1049

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**Etienne PERALY**

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Asile National de Saint-Maurice (Seine)

Né le 10 Décembre 1912, à ORAN (Algérie)

---

**Les troubles gastro-duodénaux  
au cours du dolichocolon**

---

*Président : M. Léon BINET, Professeur*

---

PARIS

**VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS**

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

2401

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1939

THÈSE

N° .....

POUR LE  
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Etienne PERALY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Asile National de Saint-Maurice (Seine)

Né le 10 Décembre 1912, à ORAN (Algérie)

---

Les troubles gastro-duodénaux  
au cours du dolichocolon

---

*Président : M. Léon BINET, Professeur*

---

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

## I. — Professeurs

Anatomie .....  
 Physiologie .....  
 Physique médicale .....  
 Chimie médicale .....  
 Bactériologie .....  
 Parasitologie et histoire naturelle médicale .....  
 Pathologie médicale et générale .....  
 Pathologie médicale .....  
 Pathologie chirurgicale .....  
 Anatomie pathologique .....  
 Histologie .....  
 Pharmacologie et matière médicale .....  
 Thérapeutique .....  
 Hygiène et médecine préventive .....  
 Médecine légale .....  
 Histoire de la médecine et de la chirurgie .....

Pathologie expérimentale et comparée .....  
 Hydrologie thérapeutique et climatologie .....

Clinique médicale .....

Hygiène et clinique de la première enfance .....  
 Clinique des maladies des enfants .....  
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .....  
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....  
 Clinique des maladies du système nerveux .....  
 Clinique des maladies infectieuses .....

Clinique chirurgicale .....

Clinique ophtalmologique .....

Clinique urologique .....

Clinique d'accouchements .....

Clinique gynécologique .....

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....

Clinique thérapeutique médicale .....

Clinique oto-rhino-laryngologique .....

Clinique thérapeutique chirurgicale .....

Clinique propédeutique .....

Clinique de la Tuberculose .....

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....

Clinique de neuro-chirurgie .....

Clinique cardiologie .....

Assistance médico-sociale .....

Professeurs sans chaire .....

## MM.

ROUVIERE.  
 Léon BINET.  
 STROHL.  
 POLONOVSKI.  
 Robert DEBRE.  
 BRUMPT.  
 BAUDOUIN.  
 ADAMI.  
 MONDOR.  
 LEROUX.  
 CHIAMPY.  
 TIFFENEAU.  
 HARVIER.  
 TANON.  
 BALTHAZARD.  
 LAIGNEL.

## LAVASTINE

FIESSINGER.  
 CHIRAY.  
 LOEPER.  
 CARNOT.  
 Marcel LABBE.  
 CLERC.  
 LEREBoullet.  
 NOBECOURT.  
 H. CLAUDE.  
 GOUGEROT.  
 GUILLAIN.  
 LEMIERRE.  
 CUNEO.  
 GOSSET.  
 GREGOIRE.  
 LENORMANT.  
 TERRIEN.  
 CHEVASSU.  
 LEVY-SOLAL.  
 COUVELAIRE.  
 JEANNIN.  
 MOCQUOT.  
 OMBREDANNE.  
 RATHERY.  
 LEMAITRE.  
 Pierre DUVAL.  
 VILLARET.  
 TROISIER.  
 MATHIEU.  
 Clovis VINCENT.  
 LAUBRY.

## N...

HAZARD.  
 HOVELACQUE.  
 MULON.  
 OLIVIER.  
 SANNIE.  
 VERNE.

R. UNIV.  
 BIBLIOTHEEK.  
 LEIDEN

## II. — Agrégés en exercice

## MM.

AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BARIETY ..... Pathologie médicale.  
 FENARD Henri ..... Pathologie médicale.  
 BERNARD El. .... Pathologie médicale.  
 BESANÇON (J.). .. Hydrologie.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD ..... Histologie.  
 CATHALA ..... Pathologie médicale.  
 COSTE ..... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER ..... Pathologie médicale.  
 DOGNON ..... Physiologie.  
 FUNCK- ..... Pathologie chirurgicale.  
 FEY ..... Urologie.  
 GAILLARD ..... Parasitologie.  
 GASTINEL ..... Bactériologie.

## MM.

DE GAUDART ..... Pathologie chirurgicale.  
 D'ALLAINES .. .. Physiologie.  
 GAYET ..... Pathologie médicale.  
 DE GENNES ..... Histologie.  
 GIROUD ..... Pathologie médicale.  
 HAGUENAU ..... Oto-rhino-laryngologie.  
 HALPHEN ..... Anatomie pathologique.  
 HUGUENIN ..... Hygiène.  
 JOANNON ..... Obstétrique.  
 LACOMME ..... Obstétrique.  
 LANTUEJOUL ..... Pathologie médicale.  
 LAROCHE Guy. .... Parasitologie.  
 LAVIER ..... Pathologie médicale.  
 LELONG ..... Pathologie médicale.

| MM.                             |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| LEMAIRE .....                   | Pathologie expérimentale.  |
| LEVEUF .....                    | Pathologie chirurgicale.   |
| LEVY (M <sup>re</sup> J.) ..... | Pharmacologie.             |
| LEVY-VALENSI .....              | Neurologie et Psychiatrie. |
| MENEGAUX ...                    | Pathologie chirurgicale.   |
| MOLLARET ....                   | Pathologie médicale.       |
| MOREAU .....                    | Pathologie médicale.       |
| MOULONGUET..                    | Pathologie chirurgicale.   |
| MOUQUIN .....                   | Pathologie médicale.       |
| PETIT .....                     |                            |
| DUTAILLIS .....                 | Pathologie chirurgicale.   |

| MM.           |                          |
|---------------|--------------------------|
| PIEDELIEVRE.. | Médecine légale          |
| PORTES .....  | Obstétrique.             |
| RENARD .....  | Ophthalmologie.          |
| RICHET .....  | Physiologie.             |
| SENEQUE ..... | Pathologie chirurgicale. |
| TURPIN .....  | Pathologie médicale.     |
| VIGNES .....  | Obstétrique.             |
| WILMOTH ..... | Pathologie chirurgicale. |

### III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

| MM.            |                          |
|----------------|--------------------------|
| ALGLAVE .....  | Pathologie chirurgicale. |
| BUSQUET .....  | Pharmacologie.           |
| CHAILLEY ..... |                          |
| BERT .....     | Physiologie.             |
| HEITZ-BOYER..  | Pathologie chirurgicale. |

| MM.           |                          |
|---------------|--------------------------|
| LARDENNOIS .. | Pathologie chirurgicale  |
| NEVEU .....   |                          |
| LEMAIRE..     | Parasitologie.           |
| LE LORIER ... | Obstétrique.             |
| SCHWARTZ ...  | Pathologie chirurgicale. |
| VAUDESCAL ... | Obstétrique.             |

### IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

| MM.               |                     |
|-------------------|---------------------|
| ALAJOUANINE..     | } Clinique médicale |
| AUBERTIN .....    |                     |
| BRULE .....       |                     |
| CHABROL .....     |                     |
| DONZELOT ...      |                     |
| DUVOIR .....      |                     |
| LIAN .....        |                     |
| PASTEUR-VAL ..... |                     |
| LERY-RADOT..      |                     |
| SEZARY .....      |                     |

| MM.           |                         |
|---------------|-------------------------|
| BASSET .....  | } Clinique chirurgicale |
| BROCO .....   |                         |
| CADENAT ..... |                         |
| GATELLIER ... |                         |
| MOURE .....   |                         |
| QUENU .....   |                         |
| VELTER .....  |                         |
| ECALLE .....  | } Clinique obstétricale |
| METZGER ..... |                         |

### V. — Chargés de cours

| MM.                   |                      |
|-----------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé | Education physique.  |
| LEDOUX-LEBARD .....   | Radiologie clinique. |
| RUPPE .....           | Stomatologie.        |
| WEILL-HALLÉ .....     | Puériculture.        |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PERE

*In memoriam.*

A MA MERE

En témoignage d'une affection  
qui ne se démentira jamais.

A MA FAMILLE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BINET

*Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris,  
Médecin de l'Hôpital Necker  
Officier de la Légion d'honneur*

Avec l'expression de ma vive et  
respectueuse gratitude pour le très  
grand honneur qu'il m'a fait en  
voulant bien présider cette thèse.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE OURY

*Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris,  
Médecin-Chef de l'Asile National de Saint-Maurice (Seine)  
Chevalier de la Légion d'honneur*

En reconnaissance de sa bienveillance, de son affection et de son précieux enseignement, ainsi que du très grand honneur qu'il m'a fait en m'associant à ses travaux.

En témoignage de mon attachement profond et respectueux.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX D'ALGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTANTINI.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBRY.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMAND.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBOULLET.

MONSIEUR LE DOCTEUR MONBRUN (*externat*).

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST (*externat*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER (*externat*).

MONSIEUR LE DOCTEUR PARAF (*externat*).

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTHIER (*externat*).

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAÎTRES DE L'ASILE NATIONAL DE SAINT-MAURICE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTHOUMEAU  
*Médecin-Chef*

MONSIEUR LE DOCTEUR REBUFFEL  
*Chef du Service de Radiologie*

MONSIEUR LE DOCTEUR RÖDERER  
*Chef du Service d'Orthopédie*

MONSIEUR LE DOCTEUR PREAUT  
*Chef du Service de Physiothérapie*

Hommages respectueux.

A MES CAMARADES D'ETUDE

A MES CAMARADES D'EXTERNAT

A MES CAMARADES D'INTERNAT

## PUBLICATIONS ANTERIEURES

*Les troubles urinaires chez les hémorroïdaires* (en collaboration avec M. le Docteur P. OURY et X. LARMURIER). — *L'Orientation Médicale*, 1939, n° 2.

*Le traitement des douleurs gastro-intestinales par les injections intra-dermiques* (en collaboration avec M. le Docteur P. OURY. — *Le Concours Médical*, 1939, n° 12.

*Les complications ano-rectales de la curiethérapie et de la radiothérapie utérines* (en collaboration avec M. le Docteur P. OURY. — *Le Concours Médical*, 1939, n° 26.

*Le sous-nitrate de bismuth en thérapeutique digestive* (en collaboration avec M. le Docteur P. OURY). — *Le Documentaire Médical*, 1939, n° 40. 2

*Les troubles gastriques au cours du dolichocôlon* (en collaboration avec M. le Docteur P. OURY). — *La Presse Médicale*, 1939, n° 48.



# LES TROUBLES GASTRO-DUODÉNAUX AU COURS DU DOLICHOCOLON

---

## INTRODUCTION

Le dolichocôlon est une entité morbide de connaissance relativement récente. Il a fallu attendre, en effet, l'ère radiologique pour donner à cette anomalie colique toute sa valeur et toute sa signification. Certes, dès 1815, FLEISCHMANN avait été frappé par la longueur excessive de certains côlons, mais cet auteur, de même que ceux qui, jusqu'en 1879, rencontrèrent cette malformation, méconnut son rôle pathologique. De 1879 à 1913, les travaux de POTAIN, les observations des auteurs allemands, suisses, américains, les articles de MARFAN contribuèrent à préciser la véritable signification clinique du dolichocôlon.

Les premiers cas vus aux rayons X furent ceux de KIENBÖCK (1913) et de SCHWARZ. Le terme de dolichocôlon fut créé par LARDENNOIS et AUBOURG en 1914 dans une étude d'ensemble qui inaugurait l'ère clinique de l'affection. Dès lors, de nombreux travaux furent publiés, notamment le mémoire de BENSAUDE et Olivier MONOD en 1930, ainsi que les belles radiographies de dolichocôlons parues dans l'Atlas de ra-

diographie du tube digestif de GATELLIER, MOUTIER et PORCHER. Enfin, plus récemment, CHIRAY, LOMON et WAHL, dans une remarquable monographie, nous ont donné une fort belle étude d'ensemble sur les aspects cliniques et radiologiques du dolichocôlon.

Ces différents travaux ont singulièrement éclairé le chapitre des constipations chroniques. Mais à côté de la forme typique, bien décrite par tous, dans laquelle la constipation constitue le fond de la symptomatologie, il est d'autres variétés cliniques où ce trouble majeur n'attire pas immédiatement l'attention, et où des manifestations gastro-duodénales plus ou moins prépondérantes risquent d'égarer le diagnostic. Ces troubles gastro-duodénaux, signalés par beaucoup d'auteurs, ne paraissent pas avoir été bien individualisés, et pourtant, au cours de notre pratique hospitalière, nous avons pu bien souvent nous convaincre de leur importance.

Nous les avons parfois rencontrés chez des malades porteurs d'un dolichocôlon déjà diagnostiqué, mais leur intérêt vient surtout du fait qu'ils sont souvent la traduction d'un dolichocôlon absolument latent.

Il nous a donc paru intéressant de choisir comme sujet de notre thèse inaugurale les troubles gastro-duodénaux du dolichocôlon, et d'essayer de préciser, à l'aide de quelques-unes de nos observations, les particularités qui permettent de les rattacher à leur véritable cause.

## ETIOLOGIE

L'étiologie des troubles gastro-duodénaux du dolichocôlon nous paraît être, jusqu'à nouvel ordre, celle de la maladie causale elle-même. Nos observations personnelles, pas plus d'ailleurs que celles que nous avons retrouvées dans la littérature médicale, ne nous permettent de préciser si, au cours du dolichocôlon, la fréquence de ces troubles est influencée par l'âge, le sexe, le type morphologique du sujet, la race ou les habitudes alimentaires.

Nous nous bornerons donc à rappeler les conditions étiologiques qui semblent régler l'apparition du dolichocôlon.

Celui-ci est une affection fréquente en pathologie digestive.

La plupart des auteurs situent cette fréquence entre 5 et 10 % pour la population adulte (STRAUSS, CURSHMANN, KANTOR). Les Hindous et les Slaves sont plus atteints que d'autres races, probablement en raison de leur alimentation végétarienne. Dans nos pays, par contre, l'influence d'un tel régime alimentaire ne semble pas valable pour les cas particuliers que nous

y rencontrons, et il semble que chez nous, une prédisposition anatomique joue le principal rôle. Signalons enfin qu'il existe des cas de dolichocôlon familial, cités par BENSÂUDE, et confirmés par les observations analogues de CHIRAY, LOMON et WAHL.

## OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — M. B..., 68 ans, entre à Tenon le 24 août 1938 pour anorexie globale, amaigrissement et pesanteurs épigastriques.

C'est, d'autre part, un constipé habituel.

Les sensations de pesanteur épigastriques sont apparues il y a environ un an. Elles surviennent immédiatement après les repas, et s'accompagnent de ballonnement abdominal. Celui-ci, rythmé par les repas, dure plusieurs heures, de sorte que le malade est constamment ballonné, sauf le matin.

L'anorexie date également d'un an, et elle est globale. Elle a entraîné un amaigrissement de 5 kgs en un an.

La constipation est antérieure aux autres troubles dyspeptiques.

Elle est d'apparence banale et existe depuis l'enfance. C'est une constipation opiniâtre, non entrecoupée de phases diarrhéiques, obligeant le malade à des purgations fréquentes.

*Antécédents.* — Dans les antécédents existent des crises douloureuses de la fosse iliaque droite. Ces crises, apparues en 1917, survenaient le matin vers 11 h. 1/2, avant le repas de midi, et elles duraient environ un quart d'heure. Elles s'accompagnaient de contracture abdominale, et leur violence était telle que parfois le malade était obligé de se courber en deux. Pour calmer ces douleurs, il prenait un comprimé d'aspirine et il s'allongeait sur

son lit. En un quart d'heure la crise se terminait par l'émission de gaz par l'anus. Les premières crises douloureuses se succédaient au rythme de 2 à 3 par semaine. Puis progressivement, elles se sont espacées, et actuellement le malade n'en présente que 10 à 12 par an.

Il n'y a jamais eu de vomissements.

*Examen.* — Lorsqu'on examine le malade à son entrée à l'Asile, on trouve un état général satisfaisant. L'examen physique est complètement négatif, et notamment l'examen de l'abdomen ne révèle rien d'anormal. Seuls persistent les troubles fonctionnels déjà signalés, qui avaient conduit le malade à Tenon, c'est-à-dire l'anorexie, et les pesanteurs épigastriques sans douleurs vraies. La constipation existe toujours avec les caractères que nous avons déjà vus, mais aucune crise douloureuse de la fosse iliaque droite n'a pu être constatée par nous.

Il s'agissait donc, en résumé, d'une dyspepsie à type hyposthénique et sa véritable signification allait nous être donnée par l'examen radiologique.

*Examen radiologique.* — A jeun, nous avons été frappés tout d'abord par une énorme poche à air gastrique remontant le diaphragme de plus d'un travers de main au-dessus de la coupole diaphragmatique droite. Par ailleurs, une importante aérocolie distendait et éclairait le cadre colique dans toute son étendue.

L'ingestion de gélobarine devait nous apporter quelques surprises radiologiques.

Tout d'abord l'*œsophage* est dilaté sur toute sa hauteur, formant un cylindre régulier. La substance opaque s'y écoule en pluie plus rapidement que normalement, et aucun spasme du cardia n'entrave sa marche. Les deux bords de l'organe, particulièrement bien dessinés après le passage de la baryte, sont séparés l'un de l'autre par l'hyperclarté œsophagienne de 5 cm. environ de largeur.

Il s'agissait par conséquent d'un volumineux mégacæso-phage sans spasme.

*L'estomac* n'était pas moins curieux. Une énorme poche à air réalisait presque une image de hernie diaphragmatique, mais la netteté des contours du diaphragme, montrait bien qu'il ne s'agissait que d'aérogastrie. Cette poche à air est restée absolument immuable au cours de nos différents examens. Par contre, le reste de l'estomac a considérablement varié de forme d'un jour à l'autre. Les deux premiers examens nous avaient fait penser à un estomac en cascades, avec, outre une sténose médio-gastrique, un ou deux niveaux situés au-dessous de la zone où nous avions cru pouvoir situer la dite sténose. Mais au cours du dernier examen, nous avons pu réaliser d'une façon définitive la statique gastro-duodénale. La cavité gastrique, rapidement remplie, avait la forme générale d'un moignon de gastrectomie. Puis, au bout de vingt minutes, l'estomac s'est étalé, le bas-fond s'est arrondi, et en même temps que se produisaient les premiers passages pyloriques, nous avons vu l'estomac reprendre sa forme à peu près normale, mais avec un bas-fond large, paraissant soulevé par les anses dolichocoliques. Les niveaux successifs que nous avions cru devoir attribuer à l'estomac, étaient en fait duodénaux.

*Le duodénum*, en effet, présentait lui aussi des anomalies morphologiques considérables. Il était allongé et élargi, surtout dans ses deuxième et troisième portions. D'autre part la gélobarine a d'abord rempli une première poche; lorsque celle-ci a été pleine, la substance opaque a débordé et est tombée dans une seconde poche. Enfin, par le même processus, une troisième poche à air s'est dessinée sous l'écran. Tels étaient les niveaux successifs que nous avions localisés au début à l'estomac, mais qui, en réalité, ne faisaient que traduire les déformations d'un volumineux dolichoméga-duodénum.

Toutes ces images radiologiques ont considérablement varié d'un examen à l'autre. Il en est deux cependant que nous avons constamment retrouvées et que nous croyons intéressant de signaler : d'une part, un diverticule en doigt de gant situé à la partie supérieure de la grande courbure, et présentant tous les caractères du diverticule de l'estomac; d'autre part, la troisième poche duodénale signalée plus haut, présentait une opacité beaucoup plus marquée que les deux poches sus-jacentes, et nous pensons qu'il s'agissait en fait d'un diverticule de la troisième portion du duodénum.

Enfin un lavement baryté a montré l'existence d'un *dolichosigmoïde*. L'ampoule rectale est très dilatée, de même que le sigmoïde.

Celui-ci se dirige vers le côté droit, remonte largement jusqu'au foie, puis redescend dans la fosse iliaque droite. Il se continue avec un côlon descendant de dimensions plus normales qui remonte obliquement en haut et à gauche vers l'angle splénique.

Le côlon transverse est en position normale.

Le côlon ascendant n'a pu être atteint malgré les quatre litres de gélobarine injectés.

Pour nous résumer, il s'agit d'un malade venu consulter pour des troubles dyspeptiques vagues et chez lequel la radiologie a montré des déformations considérables échelonnées sur toute la hauteur du tube digestif : méga-œsophage, estomac refoulé par le dolichosigmoïde et présentant un diverticule de la grande courbure dolicho-méga-duodénum avec diverticule de la troisième portion, et dolicho-méga-sigmoïde.

OBSERVATION II. — M. P..., 52 ans, est examiné pour la première fois le 16 juin 1932. Jusqu'à l'âge de 51 ans il a été parfaitement bien portant, et en particulier, n'a

jamais présenté de troubles gastro-intestinaux : digestions normales, selles régulières.

Brusquement en juin 1931 apparaît un vomissement bilieux sans traces de débris alimentaires. Pendant les trois jours qui suivent les vomissements se reproduisent trois fois par jour, à 6, 10 et 17 heures. Le médecin consulté pense à une crise d'appendicite. Ce premier épisode est suivi d'une accalmie, et le malade peut reprendre une existence presque normale. Toutefois les vomissements, bien que moins abondants, se reproduisent quotidiennement. Tous les matins, au réveil, le malade vomit des glaires ou de la bile, ou bien encore, présente des nausées. Il n'existe par ailleurs ni douleurs gastriques ni douleurs intestinales. Les vomissements constituent à eux seuls toute la symptomatologie.

On institue pendant 4 mois un régime lacté exclusif qui semble les calmer un peu.

Entre temps, plusieurs médecins sont consultés, et envisagent, les uns un ulcère, les autres une ptose gastrique.

En juin 1932, lorsque le malade vient nous consulter, on note un amaigrissement de 6 kg. depuis le début de ses troubles, des selles parfaitement normales, sans aucun épisode de constipation.

Il n'existe toujours aucune douleur gastrique.

Le seul symptôme qui rende la vie insupportable à cet homme est la persistance de vomissements matutinaux. A peu près tous les jours au réveil il présente tantôt un vomissement bilieux, tantôt une très pénible envie de vomir qui s'accompagne d'une sensation de tiraillement dans la région ombilicale, et paraît remonter vers l'œsophage. Au cours de la journée les vomissements disparaissent et le malade peut s'alimenter très légèrement.

Toute l'histoire de cet homme se résume donc à des

vomissements pénibles, presque quotidiens, survenus brusquement depuis 13 mois mais ne s'accompagnant d'aucun phénomène douloureux.

*Examen radiologique.* — Après ingestion de gélobarine, l'estomac apparaît hypotonique. Pendant près de trois quarts d'heure après le début de l'examen, on ne voit pas de mouvements péristaltiques. Au bout de 6 heures, on trouve une grosse stase de substance opaque et une légère déformation du corps de l'estomac par les anses intestinales. On pouvait donc penser à une sténose organique du pylore mais c'était là une erreur que le lavement baryté devait nous éviter.

En effet, le lavement opaque montre un dolichosigmoïde avec dilatation de l'ampoule rectale. Le sigmoïde monte d'abord vers le foie, puis descend dans la fosse iliaque droite et se continue avec le côlon ascendant qui, au niveau de l'angle splénique, présente plusieurs courbures.

*Evolution.* — Malgré le traitement médical poursuivi pendant six mois, les vomissements se sont reproduits ; l'appétit a disparu ; le malade a considérablement maigri.

Nous décidons alors de le confier à un chirurgien des plus distingués.

A l'intervention on trouve une grosse anse dolichocolique avec péricolite. L'estomac est normal. On libère les adhérences et on résèque l'anse sigmoïde sur une longueur de 30 centimètres.

Malheureusement, dans les jours qui suivent, les vomissements se répètent, et le malade meurt dans un état de cachexie progressive.

OBSERVATION III. — M. R..., âgé de 79 ans, a toujours été bien portant. Jusqu'en janvier 1938, ses fonctions

gastro-intestinales sont restées absolument normales. Tout au plus notait-il de temps en temps quelques crises d'aérophagie.

Après avoir un peu maigri pendant deux ou trois semaines, il présente brusquement le 20 janvier 1938 un malaise intense avec vertiges, pâleur brusque et lipothymies. Il est obligé de s'aliter et cette première journée de maladie n'est marquée que par une fatigue tout à fait normale.

Le lendemain matin survient un nouvel état lipothymique, mais accompagné cette fois d'une hématémèse de sang rouge d'un peu plus de 200 centimètres cubes. Dans les heures qui suivent, le malade va à la selle et présente un melæna important.

Les jours suivants, il reste alité et ne présente ni fièvre, ni nouvelle hématémèse. Toutefois, il persiste un melæna abondant.

Un premier examen de sang montre une anémie intense à 2.900.000 globules rouges, sans aucune anomalie de la formule blanche.

En janvier et février plusieurs transfusions sont pratiquées.

Malgré cette thérapeutique, l'asthénie et le melæna persistent et étant donné l'âge du malade on pense à l'évolution probable d'un néoplasme gastrique.

Peu à peu, les hémorragies cessent; le taux des globules rouges remonte à 3.400.000, et, en mars, il devient possible de pratiquer un premier examen radiologique.

*Examen radiologique.* — Important dolichosigmoïde. Pas d'anomalies gastro-duodénales pouvant faire suspecter l'existence d'un néoplasme digestif.

*Evolution.* — Le traitement dirigé contre l'anémie et contre le dolichocolon rétablit un bon état général et

permet au malade de reprendre sa vie normale. Revu en janvier 1939. Persistance d'un bon état général.

OBSERVATION IV. — M. Ch..., 27 ans, entre à l'hôpital en mars 1934 pour un melæna abondant avec diarrhée.

On lui met de la glace sur le ventre. On fait de nombreux examens radiologiques, et on parle d'ulcus gastro-duodénal. Néanmoins, comme cet ulcus n'est pas très évident, on envoie le malade à l'Asile en convalescence.

En octobre 1937, le melæna se reproduit, sans douleurs et sans vomissements. Nouveaux examens radiologiques qui ne montrent rien de démonstratif.

Le 14 avril 1939, le malade entre de nouveau à l'Asile. Il revient de Lariboisière où il était entré 52 jours auparavant, pour une hématomèse assez abondante. Cette hématomèse est survenue assez brusquement. Elle était constituée par du sang rouge, non aéré, et elle atteignait un volume d'environ 250 centimètres cubes. Après radiographies faites à Lariboisière, on parle à nouveau d'ulcus gastro-duodénal, et on propose au malade de se faire opérer après un repos de quelques jours à l'Asile.

*Examen.* — Nous sommes de suite frappés par la pâleur intense de notre malade et nous pratiquons une numération globulaire et une formule leucocytaire qui donnent les résultats suivants :

Numération globulaire :

|                 |           |           |
|-----------------|-----------|-----------|
| Globules rouges | .....     | 3.600.000 |
| Globules blancs | .....     | 8.600     |
| Hémoglobine     | . . . . . | 70 %      |

Formule leucocytaire :

|                             |         |    |
|-----------------------------|---------|----|
| Polynucléaires neutrophiles | . . . . | 35 |
| Polynucléaires basophiles   | .....   | 0  |
| Polynucléaires éosinophiles | . . . . | 4  |

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Mononucléaires grands ..... | 4  |
| Mononucléaires moyens ..... | 37 |
| Lymphocytes . . . . .       | 20 |

En dehors de cette pâleur, l'examen physique ne révèle absolument rien d'anormal.

*Examen radiologique.* — L'estomac et le duodénum ne présentent aucune anomalie, mais un lavement baryté montre un important dolichosigmoïde.

*Evolution.* — Nous avons formellement déconseillé l'opération et nous avons prescrit un traitement dirigé contre l'anémie et surtout contre le dolichosigmoïde qui nous paraît être la cause des hémorragies accusées par le malade.

Malheureusement, ce dernier n'a pu être suivi.

## ETUDE CLINIQUE

Les observations précédentes nous ont incité à rechercher dans la littérature si les troubles gastro-duodénaux du dolichocôlon avaient fait l'objet d'études particulières. C'est surtout dans la remarquable monographie de CHIRAY, LOMON et WAHL que nous avons trouvé les développements les plus intéressants.

Beaucoup d'auteurs cependant, en particulier CAIN et LAYANI dans le Traité des maladies du tube digestif de BENSUADE, ont parlé des troubles gastriques du dolichocôlon. De nombreuses observations les mentionnent et ils ont même fait l'objet d'une thèse (ISMOULIK, *Th. de Paris*, 1927). Toutefois, aucun essai de classification ne paraissant avoir été publié, nous pensons faire œuvre utile en essayant de caractériser, parmi les innombrables formes du dolichocôlon, celles qui se révèlent surtout par des troubles gastro-duodénaux.

D'un point de vue très schématique, on peut distinguer trois formes principales : la forme dyspeptique, la forme pseudo-ulcéreuse, la forme sténosante.

Cette distinction paraît évidemment un peu artificielle, et nous savons combien les cliniciens se mé-

fient, à juste titre d'ailleurs, des classifications trop rigides. Néanmoins, il nous semble utile de l'adopter pour faire le point et fixer les idées.

## **I. — Forme dyspeptique**

Cette forme a été très bien décrite par CHIRAY, LOMON et WAHL.

Nous nous bornerons donc à en rappeler les principaux caractères.

Il s'agit de malades qui viennent consulter pour des troubles d'une extrême banalité, tels que pesanteurs post-prandiales, nausées ou vomissements, fétidité de l'haleine.

Si à ce tableau de dyspepsie banale s'ajoutent soit une constipation de longue date, soit des crises douloureuses intestinales ou tout autre symptôme susceptible d'attirer l'attention sur l'intestin, il faut immédiatement pratiquer un lavement baryté qui permettra de découvrir le dolichocôlon causal.

En l'absence de troubles intestinaux, au contraire, le problème devient plus délicat. La clinique ne permet généralement pas l'orientation du diagnostic, car, comme le font remarquer les auteurs précités, « les états dyspeptiques secondaires aux affections coliques ne diffèrent pas beaucoup en eux-mêmes d'une dyspepsie secondaire quelconque ». Seul l'examen radiologique systématique du gros intestin après

lavement baryté permet de découvrir la véritable origine des accidents.

Notre observation n° I en est un exemple frappant.

Elle n'est d'ailleurs pas la seule du genre, et nous avons retrouvé dans la littérature de nombreux cas analogues.

CHIRAY, LOMON et WAHL rapportent l'observation curieuse d'un malade qui était venu consulter pour une odeur très fétide de l'haleine. Cette fétidité, rattachée par ces auteurs à un dolichosigmoïde, disparut par le traitement du dolichocôlon, et reparut chaque fois que le malade négligea son traitement.

A la Société de Gastro-Entérologie, L.-B. BERLIN, P.-D. TORNOPOLSKAJA et C.-T. GRANAT, en 1935, et antérieurement CAIN et ISMOUJIK, ont présenté plusieurs observations de dolichocôlon où les symptômes d'appel avaient été également ceux d'une dyspepsie banale.

Il n'est donc pas rare que les troubles dyspeptiques soient la seule manifestation, ou tout au moins la manifestation prépondérante d'un dolichocôlon, et ceci nous permet d'apprécier davantage l'utilité de la radiologie pour les cliniciens modernes.

## II. — Forme pseudo-ulcéreuse

Parmi les observations que nous avons retrouvées, il en est un certain nombre où les troubles accusés par les malades simulaient de très près un syndrome

ulcéreux, mais où il était impossible de découvrir radiologiquement une anomalie gastro-duodénale. Chez de tels malades, un examen radiologique plus complet a mis en évidence un dolichocôlon.

Celui-ci, en effet, peut se manifester par un syndrome pseudo-ulcéreux dont les éléments au complet sont : douleurs, vomissements et hématoméses. Toutefois, cette triade est rarement réalisée, et, dans l'immense majorité des cas, les symptômes ne sont pas groupés. Tel malade accusera surtout des phénomènes douloureux ; tel autre des hématoméses, comme dans nos observations III et IV ; ou bien encore ce sont des vomissements qui dominent le tableau clinique. Quoi qu'il en soit, c'est l'analyse minutieuse de ces symptômes qui permettra d'orienter le diagnostic et de faire les examens susceptibles de les rattacher à leur véritable cause.

La douleur gastrique au cours du dolichocôlon n'est jamais absolument analogue à celle de l'ulcus. Elle en diffère surtout par son caractère capricieux et irrégulier. D'une façon générale, c'est une douleur peu violente, quelquefois à type de brûlure, mais le plus souvent à type de gonflement pénible de l'épigastre. Son horaire n'est pas fixe. Elle survient tantôt immédiatement après les repas, tantôt au bout de quelques heures. Enfin, son évolution ne se fait pas par crises entrecoupées d'accalmies. Au contraire, les malades souffrent après tous les repas, avec tout au plus des journées de calme relatif survenant sans régu-

larité, et nullement comparables aux longues périodes de latence de l'ulcus gastrique ou duodénal.

Les vomissements ne sont peut-être pas très fréquents. Tantôt ils ne font qu'enrichir la symptomatologie. D'autres fois, ils constituent le fond du tableau clinique, comme dans notre observation II. Ici encore, c'est l'irrégularité qui constitue leur caractère essentiel.

Quant aux hématomésés, elles constituent le symptôme le plus trompeur, et bien des erreurs de diagnostic leur sont sans doute imputables. Leur fréquence est assez grande. CHIRAY, LOMON et WAHL les ont retrouvées dans les antécédents de leurs malades 4 fois sur 28 cas. Il est possible, comme le font remarquer ces auteurs, qu'elles soient dues à des ulcérations gastro-intestinales secondaires au dolichocôlon, mais, bien souvent, il semble qu'elles soient en relation avec les troubles vasculaires et la duodénite hémorragique que peuvent provoquer les vices de position de l'intestin dolichocolique. Ce n'est d'ailleurs là qu'une hypothèse et d'autres mécanismes peuvent être invoqués pour expliquer les hémorragies digestives au cours du dolichocôlon. Ces dernières s'apparentent sans doute aux entérorragies rouges solitaires décrites par André CAIN et Jean OLIVIER dans *la Presse Médicale* du 22 septembre 1937, et dans ces conditions il semble possible de les rattacher à une perturbation locale du système neuro-végétatif de l'intestin.

Quoi qu'il en soit, dans la grande majorité des cas,

l'examen radiologique de l'estomac et du duodénum reste négatif, et ce fait d'un hématomèse ou d'un melæna sans anomalie radiologique gastro-intestinale doit attirer l'attention, et faire faire des réserves sur le diagnostic d'ulcus trop facilement porté.

Notre observation n° III illustre bien cette remarque, puisque, chez un malade qui avait présenté plusieurs hématomèses, sans troubles surajoutés, nous n'avons jamais pu mettre en évidence des déformations de l'estomac ou du bulbe duodénal.

Il est un certain nombre de cas, cependant, où le diagnostic d'ulcère gastro-duodénal s'est trouvé radiologiquement confirmé, mais où on a découvert également un dolichocôlon. Il est, en effet, possible d'observer l'association d'ulcères gastro-duodénaux et de dolichocôlon, et l'on peut se demander quel est le rôle de la déformation intestinale dans le déterminisme de ces ulcères. Il semble, sans qu'on en soit toutefois certain, que le plus souvent c'est le dolichocôlon qui est primitif, les ulcérations gastro-duodénales ne survenant qu'à titre de complications.

### III. — Forme sténosante

La distension de l'anse dolichocolique par les gaz provoque parfois des troubles de compression gastrique, susceptibles de réaliser soit une sténose médio-gastrique, soit une sténose pylorique. Ce fait n'a évidemment rien de surprenant, et il est même curieux

de constater la tolérance de l'estomac aux compressions souvent considérables que lui font subir les déformations coliques.

La sténose médio-gastrique est généralement bien tolérée, car elle se produit au niveau du corps de l'estomac, qui est une région très libre et très lâche. Elle est due au refoulement de la grande courbure par l'angle splénique distendu par les gaz.

La sténose pylorique, au contraire, est souvent mal tolérée. Elle paraît être surtout l'apanage des dolichosigmoïdes qui remontent verticalement dans l'abdomen, et qui soulèvent le bas-fond gastrique. Ce fait, qui nous a bien souvent frappé, a été signalé dans les comptes rendus des radiographies qui illustrent la monographie de CHIRAY, LOMON et WAHL (radiographies n° 2 et n° 14). Le soulèvement du bas-fond gastrique est évidemment plus ou moins marqué suivant l'état de réplétion gazeuse du côlon.

Toutefois, ce qui déforme la région pylorique, ce n'est pas tant le volume que la longueur excessive de l'anse sigmoïde. Or, cette longueur étant toujours la même, on conçoit que les déformations du bas-fond gastrique et de la région pylorique soient plus fixes que celles de la grande courbure, et que, par conséquent, elles puissent s'extérioriser par un syndrome clinique plus net.

Dé fait, on rencontre assez souvent, chez les dolichocoliques, un faux syndrome pylorique, avec douleurs tardives, vomissements et, au point de vue radiologique, stase de sixième heure comme chez la malade de notre observation n° II.

## ETUDE RADIOLOGIQUE

La classification que nous avons essayé de faire est de loin dominée par les résultats de la radiologie.

En présence d'un malade qui présente des troubles gastro-duodénaux, l'examen radiologique gastro-duodénal, le premier auquel on songe, doit être complété par un examen du gros intestin après lavement baryté, surtout lorsqu'on n'a décelé ni anomalie gastrique, ni anomalie duodénale. Et même lorsque des déformations de l'estomac ou du duodénum sont constatées, il faut rechercher la possibilité d'un dolichocôlon dont le retentissement sur la statique et la dynamique gastro-duodénale est susceptible d'expliquer les troubles pour lesquels le malade vient consulter.

Les aspects radiologiques de l'intestin dolichocolique sont très connus pour justifier ici un long développement à leur sujet, mais il nous paraît nécessaire de schématiser les différents aspects que présente l'estomac au cours du dolichocôlon avec troubles gastriques. Nous croyons qu'on peut en distinguer quatre principaux :

1° Il est des cas où radiologiquement on constate un dolichocôlon mais sans modifications morphologi-

ques de l'estomac ou du duodénum, malgré l'importance des troubles gastriques dont le dolichocôlon est le seul responsable.

Dans ce cadre, entre notre observation n° III, ainsi d'ailleurs que notre observation n° IV, où les hématomèses ne s'accompagnaient d'aucune modification morphologique gastro-duodénale.

2° A un degré de plus se trouvent réalisées des images de biloculation gastrique, dues à des gaz qui distendent l'angle splénique et qui refoulent plus ou moins la grande courbure vers la droite. La radiographie n° 3 de l'ouvrage de CHIRAY, LOMON et WAHL en est un exemple typique.

3° Les grands dolichosigmoïdes, qui soulèvent le bas-fond gastrique, peuvent réaliser une sténose du pylore par compression extrinsèque, avec stase de la sixième heure, comme dans notre observation n° II.

4° Enfin, comme l'ont signalé de nombreux auteurs, on peut constater des déformations beaucoup plus marquées. L'estomac peut être enroulé et inversé ; le pylore et l'antra se cachent parfois derrière l'estomac, réalisant une véritable dislocation de l'organe.

Notre observation n° I dépasse, à ce point de vue, toutes les descriptions antérieures, puisque, chez un malade que nous examinâmes pour des troubles dyspeptiques banaux, nous avons retrouvé d'énormes déformations œsophagiennes, gastriques, duodénales et coliques.

Signalons, pour terminer, un dernier caractère de

toutes ces images radiologiques : leur grande variabilité. Chez notre premier malade, nous avons été frappé de voir l'estomac et le duodénum modifier considérablement leur forme suivant les examens, et même au cours du même examen.

## TRAITEMENT

La notion de ces estomacs et de ces duodénums dolichocoliques comporte des sanctions thérapeutiques utiles à connaître.

Il serait vain de vouloir combattre les troubles gastriques ou les troubles duodénaux par un traitement gastrique ou duodéal.

Ces troubles ne peuvent être amendés qu'en traitant le dolichocôlon.

Il faut instituer un régime dont la composition variera suivant l'état chimique des selles.

Les troubles du transit intestinal seront combattus par un traitement médicamenteux qui a pour but d'évacuer avec soin ces anses dolichocoliques anormales par leur anatomie et par leur physiologie. On donnera des laxatifs mucilagineux à la fin de chaque grand repas, ou encore un mucilage au repas de midi, et de l'huile de paraffine après le repas du soir.

Comme adjuvants, on peut prescrire la teinture de belladone à la dose de XXX gouttes par jour, l'atropine, la génatropine.

Les grands lavements d'huile doivent être utilisés, mais nous ne pensons pas que les entéroclyses, pro-

nées par certains auteurs, donnent des résultats plus brillants.

Les massages de l'abdomen, l'électrothérapie, les lavements électriques, les infra-rouges (BENSAUDE) ont été utilisés avec des succès divers.

Quoi qu'il en soit, le traitement médical doit être continué avec persévérance, et ce n'est que tout à fait de guerre lasse qu'on doit recourir à la chirurgie abdominale.

La colectomie n'a pas donné ce qu'elle promettait. D'ailleurs, comme le font remarquer CHIRAY, LOMON et WAHL, beaucoup de chirurgiens préconisent à tort la colectomie systématique pour le dolicho-mégacôlon qu'ils confondent trop volontiers avec la maladie de HIRSCHPRUNG.

Toutefois, il semble qu'une technique nouvelle, la neuro-chirurgie, soit susceptible d'améliorer les dolichocôlons.

Cette technique a été surtout utilisée par les auteurs américains qui pratiquent la section du sympathique lombaire au-dessous du premier ganglion, l'ablation des deuxième, troisième, quatrième et cinquième ganglions sympathiques lombaires droits et gauches, ainsi que la résection des rami communicantes qui y aboutissent.

Ces interventions, qui se font par la voie transpéritonéale, auraient donné d'heureux résultats. Peut-être constituent-elles la thérapeutique d'avenir du dolichocôlon.



## CONCLUSIONS

I. — Les troubles gastro-duodénaux au cours du dolichocôlon sont assez fréquents.

II. — Ce sont, soit des troubles dyspeptiques banaux tels que pesanteurs post-prandiales, digestions lentes, anorexie ; soit des troubles pseudo-ulcéreux tels que douleurs, vomissements, hématomèses ou méléna ; soit des signes de sténose médio-gastrique ou pylorique.

III. — Ces troubles sont dus aux compressions qu'exerce l'intestin dolichocolique sur les organes voisins, et notamment sur l'estomac et le duodénum. Ils résultent aussi des modifications de la muqueuse intestinale consécutives au dolichocôlon, et peut-être d'une perturbation locale du système neuro-végétatif de l'intestin.

IV. — Lorsqu'on se trouve en présence d'un syndrome ulcéreux ou d'une sténose pylorique non objectivée par les radiographies gastro-duodénales, il est de toute nécessité de pratiquer un examen du gros intestin après lavement opaque.

V. — La cause de nombreuses hémorragies gastro-intestinales réside dans le dolichocôlon. C'est une origine à laquelle il faut penser pour ne pas faire courir au malade les risques d'une opération inutile.

VI. — Le traitement de ces troubles ne peut être que symptomatique. Il doit s'adresser avant tout au dolichocôlon.

*Vu :*

LE DOYEN :  
TIFFENEAU.

*Vu :*

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :  
LÉON BINET.

*Vu et permis d'imprimer :*

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,  
ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

AUBOURG. — L'évolution des dolichocolons. (*Bull. et Mém. de la Sté de Médecine de Paris*, n° 2, 10 juin 1932.)

— Examens radiologiques d'un cas de dolichocolon à vingt ans de distance. (*La Presse Médicale*, n° 103, 24 décembre 1932.)

ALBO et CAPURRO. — Dolichocolon et colopexis. (*Bull. de la Sté de Chirurgie de Montevideo*, n° 2, juin 1933.)

BELOT. — Dolichocolon ilio-pelvien. (*Algérie Médicale*, n° 64, avril 1933.)

— Dolichocolon ilio-pelvien. (*Bull. et Mém. de la Sté de Radiologie Médicale de France*, n° 198, avril 1933.)

BENSAUDE. — *Traité des maladies du tube digestif.*

BENSAUDE et MONOD. — Le dolichosigmoïde. (*Ann. de Médecine*, t. 37, p. 364, avril 1930.)

BERLIN, TARNOPOLSKAJA, GRANAT. — Le dolichocolon sigmoïdien et sa valeur clinique. (*Arch. des Mal. de l'Appareil digestif*, n° 4, avril 1935.)

BERNARD A. — Sur le dolichocolon. (*Journal des Sciences Médicales de Lille* n° 49, décembre 1932.)

BERNARD A. et DE TAYRAC. — Les dolichocôlons. Etude pathogénique. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 50, juin 1935.)

- BOCCA. — Dolichocôlon et crises douloureuses abdominales. (*Journal de Médecine de Lyon*, n° 448, septembre 1938.)
- CAIN et OLIVIER. — L'entérorragie rouge solitaire d'origine colique. (*Presse Médicale*, n° 76, sept. 1937.)
- CARNOT. — Sur le dolichocôlon. (*Paris Médical*, 2 avril 1932.)
- CHIRAY, LOMON et WAHL. — Le dolichocôlon. (Paris. Masson, 1931.)
- ENRIQUEZ et DURAND. — Déformations biloculaires de l'estomac. (*Mouvement médical*, février 1913.)
- FARNY. — Contribution à l'étude du dolichocôlon. (*Thèse d'Alger*, 1936-1937.)
- GATELLIER, MOUTIER et PORCHER. — Radiologie clinique du tube digestif. (Paris, Masson, 1930.)
- HAUTEFEUILLE. — Un cas de dolichocôlon. (*Gazette Médicale de Picardie*, n° 141, novembre 1935.)
- ISMOUJIK. — Les troubles gastriques au cours de la maladie de Hirschprung. (*Thèse de Paris*, 1927.)
- KELLER. — Mégacôlon avec troubles gastriques. (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, janvier 1926.)
- LARDENNOIS. — Allongements segmentaires du gros intestin. (*Journal de radiologie et d'électrol.*, fév. 1914.)
- LEBON, LOUBEYRE et BLONDEAU. — Volvulus intermittent de l'estomac chez un malade atteint de dolichocôlon. (*Arch. des mal. de l'appar. digestif*, n° 4, avril 1933.)
- LOEPER et TANZIN. — Le diagnostic du dolichocôlon. (*Presse Médicale*, n° 43, mai 1933.)
- LEVEN et BARRET. — Biloculation gastrique par distension gazeuse de l'estomac et du côlon. (*Bull. de la Sté de radiol. méd. de Paris* février 1911.)
- LERICHE. — De la section des splanchniques dans le mégacôlon non compliqué, avec ou sans dolichocôlon. (*Presse Médicale*, n° 102, décembre 1937.)

- LIBERT — Hémorragies latentes sans lésions pariétales de l'estomac et de l'intestin dans les périviscérites. (*Ann. de Médecine et de Chirurgie*, t. I, 1928-1929.)
- NOBÉCOURT. — Dolichocôlon et mégacôlon. (*La Pédiatrie pratique*, 25 avril 1932.)
- OURY et GODARD. — La constipation par dolichocôlon. (*Presse thermale et climatique*, 15 mai 1932.)
- OURY et PÉRALY. — Les troubles gastriques au cours du dolichocôlon. (*Presse Médicale*, n° 48, juin 1939.)
- PAUCHET. — Dolichocôlon traité par colectomie. (*Paris chir.*, t. 20, 1928.)
- SEILLE. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du mégacôlon. (*Thèse de Paris*, 1929.)
- VIGNES. — Le dolichocôlon. (*Le Progrès Médical*, n° 12, 19 mars 1932.)



IMPRIMERIE SPECIALE  
DE  
MM. VIGOT Frères





